

Patientenfragebogen



Dr. med. Helga Schulte

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
 Von-Hazzi-Str. 50 • 93326 Abensberg
 Tel: 09443 9182829 - Fax: 09443 918122
 Krankenhausstraße 6 • 84066 Mallersdorf
 Tel.: 08772 8033727 - Fax: 08772 8033728

PAT-Nr. _____

DATUM _____

Name: Geb.-Datum:

Adresse:

Telefon: Mobil:

Krankenversicherung: Beruf:

Überweisender Arzt/Hausarzt:
NAME TELEFON

..... Soll diese(r) einen Bericht erhalten? ja nein

ADRESSE

1. Meine aktuellen Beschwerden (in Stichpunkten):

.....

.....

.....

2. Größe (in cm): Gewicht (in kg):

3. Vorerkrankungen (z.B. Diabetes, Augen-, Schilddrüsen-, Herz-, Kreislauf-, Lungen-, Magen-, Leber-, Nieren-, Darm-, Bluterkrankungen, Infektionserkrankheiten):

.....

.....

.....

4. Nehmen Sie Medikamente ein?

MEDIKAMENT	Dosierung	früh	mittags	abends	nachts
gelegentlich:					

5. Allergien?

.....

6. Hatten Sie Operationen/Unfälle?

.....

.....

7. Familiär gehäufte Erkrankungen?

.....

Bitte wenden



PAT-Nr. _____

PAT-NAME _____

8. Frühere psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungen (ambulant/stationär):

.....
.....
.....

9. Psychotherapie ambulant in den letzten 2 Jahren: ja nein

10. Letzte Labor- bzw. Blutuntersuchung (Wann? Monat/Jahr):

11. Rauchen Sie?..... ja nein

12. Wie oft trinken Sie Alkohol?..... regelmäßig manchmal nie

13. Wie viele Tassen Kaffee trinken Sie?

14. Appetit:..... normal vermehrt vermindert

15. Schlaf:..... normal Einschlafstörung Durchschlafstörung

16. Sexualfunktionen:..... normal vermindert schmerzvoll

17. Schweißbildung:..... normal vermehrt

18. Wasserlassen:..... normal problematisch

19. Stuhlgang:..... normal verstopft flüssig/häufig

20. Familienstand:

21. Haben Sie derzeit eine Partnerschaft?..... ja nein

22. Anzahl der Kinder:

23. Schulabschluss:

24. Arbeitgeber:

Für Frauen:

25. Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein weiß nicht

26. Wie verhüten Sie?

27. Monatsblutungen:

regelmäßig unregelmäßig schmerzhaft keine

Unterschrift